

**HENKILÖSTÖMITOITUKSEN YHTEYS PSYYKENLÄÄKKEIDEN
KÄYTTÖÖN MUISTISAIRAIDEN YMPÄRIVUOROKAUTISESSA
HOIDOSSA**

Kirjallisuuskatsaus

Katri Ronkainen

1514935

352114A Kandidaatintutkielma 10 op

Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen
tutkimusyksikkö

Hoitotieteen tutkinto-ohjelma

Oulun yliopisto

Kevät 2019

Oulun Yliopisto

LKT, Hoitotieteen ja Terveystieteiden tutkimusyksikkö/Hoitotieteen tutkimusyksikkö

TIIVISTELMÄ

Ronkainen Katri:

Kandidaatintutkielma, 30 sivua, 1 Liite
Kevät 2019

Muistisairauksiin liittyviä käytösoireita tulisi ensisijaisesti hoitaa lääkkeettömin, psykososiaalisin keinoin. Käytösoireiden rajoittaminen kemiallisesti on kansainvälisesti tunnustettu hoidon laadun ongelma. Tämän tutkielman tarkoituksena oli selvittää henkilöstömitoituksen yhteyttä psyykenlääkkeiden käyttöön muistisairaiden ympärivuorokautisessa hoidossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa muistisairaiden ympärivuorokautisen hoidon kehittämiseen ja arviointiin.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Aineistohaku tehtiin CINAHL-, Scopus- ja Medic -tietokantoihin. Sisäänotto- ja poissulkukriteereiden avulla analyysiin valikoitui neljä alkuperäistä tutkimusartikkelia. Analyysimenetelmänä käytettiin kuvailevaa luokittelua.

Henkilöstömitoitus, mutta myös henkilöstön koulutustausta vaikuttaa katsauksen mukaan merkittävästi psyykenlääkkeiden käyttöön ympärivuorokautisessa hoidossa olevilla muistisairailla. Sekä suurempi sairaanhoitajien määrä, että suurempi henkilöstömitoitus hoitoyksikössä vähensivät tehokkaasti psyykenlääkkeiden väärinkäyttöä. Henkilöstön kokemus kuormitus potilaiden aggressiivisuuden tai levottomuuden vuoksi lisäsi psyykenlääkkeiden käyttöä. Tässä tutkimuksessa ei havaittu eroja yksityisessä ja julkisessa omistuksessa olevien hoivakotien välillä. Potilaasta johtuvilla tekijöillä oli myös merkittävä vaikutus psyykenlääkkeiden käyttöön, mutta tutkimusten välinen vaihtelu oli suurta.

Lääkkeettömät hoitokeinot muistisairaalle käytöshäiriöihin vaativat riittävästi osaavaa hoitohenkilöstöä. Kemiallisia rajoitteita voidaan käyttää halvempaan vaihtoehtona lisähenkilöstön palkkaamiselle. Hoidon laadun valvonnan ja kuluttajien valintamahdollisuuden tukemiseksi aihetta tulisi tutkia myös Suomessa aivan uudella tasolla.

Avainsanat: Muistisairaus, henkilöstöresurssit, lääkehoito, hoidollinen rajoittaminen, hoidon laatu

Sisältö

Tiivistelmä

1	JOHDANTO	1
2	MUISTISAIRAUDET	2
2.1	Ympäri vuorokautinen hoito ja henkilöstömitoitus.....	2
2.2	Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet	3
2.3	Käytösoireiden lääkehoito.....	4
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS	7
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	8
4.1	Kirjallisuushaku	9
4.2	Aineiston analyysi	10
5	TULOKSET	13
5.1	Henkilöstötekijät	14
5.2	Muut organisaatiotekijät.....	16
5.3	Potilaista johtuvat tekijät.....	17
6	POHDINTA	18
6.1	Tutkimuksen luotettavuus	20
6.2	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaihe	21
	LÄHTEET	22

1 JOHDANTO

Vanhuspalvelulain mukaan kuntien on turvattava iäkkäille henkilöille arvokas ja elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti kotiin tarjottavina palveluina, mutta tarvittaessa pitkäaikaisella laitoshoidolla (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvetaista, 2012/980). Hoitavan henkilöstön osaaminen ja arvot, mutta myös riittävä määrä osaavaa henkilöstöä ovat ratkaisevia tekijöitä laadukkaan ympärivuorokautisen hoidon järjestämisessä (Voutilainen & Löppönen 2016).

Vanhustenhoidon henkilöstömitoitus on herättänyt Suomessa julkista keskustelua varsinkin sen jälkeen, kun Aluehallintovirasto keskeytti tammikuussa 2019 Kristiinankaupungissa sijaitsevan hoivakodin toiminnan muun muassa liian vähäisen henkilöstömäärän vuoksi (Aluehallintovirasto 2019a). Riittämätön henkilöstömitoitus tai ongelmat hoitajien työoloissa on yhdistetty muun muassa lisääntyneeseen fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käyttöön ympärivuorokautisessa hoidossa (Pekkarinen ym. 2006, Pekkarinen ym. 2008, Mattingly 2015, Cioltan ym. 2017). Rajoitteiden käyttö loukkaa ikääntyneiden itsemääräämisoikeutta ja on siten merkittävä ongelma hoidon laadun kannalta (Pekkarinen ym. 2006, Kivelä & Koistinen 2010).

Tämän tutkimuksen aihe syntyi kirjoittajan omasta kokemuksesta sairaanhoitajan työssä yksityisessä vanhusten palvelutalossa. Tutkimuksen tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, mitä henkilöstömitoituksen ja psyykenlääkkeiden käytön välisestä yhteydestä muistisairaiden ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoidossa tiedetään. Aihe on tärkeä myös yhteiskunnallisesti, sillä vanhustenhoidon hoitajamitoitus on aihe, josta on pitkään käyty poliittista keskustelua. Hoitajamitoituksen yhteys lain edellyttämään laadukkaaseen hoitoon on tekijä, joka tulee ottaa päätöksiä tehtäessä huomioon.

2 MUISTISAIRAUDET

Muistisairaudet ovat joukko pitkäaikaisia ja yleensä eteneviä aivoja rappeuttavia sairauksia. Ne aiheuttavat dementiaa, eli muistin ja muiden ylempien aivokuorten toimintojen sekä kognitiivisten toimintojen heikkenemistä. (WHO & Alzheimer's Disease International 2012.) Yleisin muistisairaus on Alzheimerin tauti, jonka osuus kaikista muistisairauksista on arviolta 50-60% (Alzheimer's Disease International 2018). Muita eteneviä muistisairauksia ovat aivoverenkiertoperäinen muistisairaus, Lewyn kappale –tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsa-ohimolohkorappeumat. Käytännössä muistisairauksien diagnostiikka on hankalaa ja useamman eri tautityypin esiintyminen samanaikaisesti on yleisempää kuin yhden yksittäisen muistisairauden. (WHO & Alzheimer's Disease International 2012.)

2.1 Ympäri vuorokautinen hoito ja henkilöstömitoitus

Suomessa noin 80 prosentilla ympärivuorokautisen hoidon piirissä olevista henkilöistä on muistioireita tai diagnosoitu muistisairaus (STM 2012). Suomessa muistisairaiden ympärivuorokautista hoitoa järjestetään nykyään kolmella portaalla, joita ovat tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit sekä terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoitopaikat. Samalla kun ympärivuorokautisessa hoidossa olevien ikääntyneiden määrä on viime vuosikymmeninä ollut kasvussa, on laitospaikkoja eli terveyskeskusten ja vanhainkotien hoitopaikkoja vähennetty ja siirretty yhä enenevässä määrin tehostettuun palveluasuamiseen. (Voutilainen & Löppönen 2016.) Vanhainkoti- ja laitoshoidon tuottavat lähes 90-prosenttisesti kunnat ja kuntayhtymät, kun taas tehostetusta palveluasuamisesta lähes puolet on yksityisten toimijoiden tuottamaa (Arajärvi ym. 2018).

Nykyinen vanhuspalvelulaki ei määrää ympärivuorokautisten hoitopaikkojen henkilöstömitoitusta numeerisesti (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, 2012/980). Sen sijaan Sosiaali- ja terveysministeriön asettama laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi esittää henkilöstömitoituksen tavoitteet siten, että tehostetussa palveluasuamisessa ja vanhainkotihoitossa ehdoton vähimmäismäärä on 0.5

hoitotyöntekijää asiakasta kohden ja terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoidossa 0.6-0.7 hoitotyöntekijää asiakasta kohden (STM 2017).

Suomalainen laitoshoidon henkilöstömitoitus on Pohjoismaiden alhaisin. Vuonna 2015 tehdyssä tutkimuksessa muiden Pohjoismaiden henkilöstömitoitus oli päivävuoroissa 26-65 % korkeampi kuin Suomessa. Norjassa ja Ruotsissa iltavuorojen henkilöstömitoitus oli 49-60 % korkeampi kuin Suomessa tai Tanskassa. (Kröger ym. 2018.)

2.2 Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet

Muistisairauksiin liittyy hyvin yleisesti psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen muutoksia, joita kutsutaan käytösoireiksi. Käytösoireita ovat esimerkiksi levottomuus (agitaatio), aggressiivisuus, ahdistuneisuus, persoonallisuuden muutos, apatia, masennus, psykoottiset oireet sekä muutokset uni- ja valverytmissä ja ruokahalussa. Niitä esiintyy jopa 90 prosentilla muistisairaista jossain sairauden vaiheessa. Käytösoireet ovat kliinisesti yhtä merkittäviä kuin kognitiivisten toimintojen muutoksetkin, sillä niiden esiintyminen on yhteydessä muistisairaahan kognitiivisten toimintojen heikkenemiseen. Tästä huolimatta käytösoireita ei ole sisällytetty muistisairauksien diagnostisiin kriteereihin nykyisissä tautiluokituksissa (ICD-10, DSM-IV-TR). (Cerejeira ym. 2012.)

Muistisairauksiin liittyvien käytösoireiden psykopatologia on vielä epäselvä, mutta ne näyttävät olevan monen eri tekijän aiheuttamia. Jotkin käytösoireet esiintyvät tyypillisimmin tietyissä muistisairauksissa. Esimerkiksi erilaiset hallusinaatiot ovat yleisiä Lewyn kappale –taudissa. Osaltaan käytösoireet johtuvat siis muistisairauden aiheuttamista vaurioista muun muassa aivojen käyttäytymistä ja tunnetiloja säätelevillä alueilla. Toisaalta myös ihmisen peruspersoonallisuus tai jopa demografiset tekijät, kuten sukupuoli tai etnisyys voivat vaikuttaa käytösoireiden tyyppiin. (Chiu ym. 2006, Cerejeira ym. 2012, Woods & Buckwalter 2018.) Fyysinen aggressiivisuus ja apatia näyttävät olevan yleisempiä miehillä, kun taas sanallinen aggressiivisuus ja masentuneisuus tai ahdistuneisuus ovat tyypillisempiä naispuolisille muistisairaille (Zuidema ym. 2010).

Myös muistisairaahan vaikeus ilmaista tarpeitaan ja tunteitaan voi näyttäytyä käytösoireina (Cerejeira ym. 2012). Käytösoireiden esiintyminen voi olla yhteydessä myös ympäristön tekijöihin, kuten levottomuuteen, meluun, potilaiden määrään hoitoyksikössä ja potilastovereiden käytökseen. Myös hoitajien suhtautuminen käytösoireisiin, heidän vuorovaikutuksensa (laatu sekä määrä) muistisairaahan kanssa sekä hoitajien määrä suhteessa potilaisiin voivat vaikuttaa käytösoireiden esiintymiseen. (Zuidema ym. 2010, Kales ym. 2015). Hoidon aiheuttamia käytösoireet ovat silloin, kun ne johtuvat potilaan saamasta lääkityksestä. Etenkin tietyt antikolinergiset lääkkeet (esimerkiksi nesteenpoistolääkkeet) voivat provosoida käytösoireita. (Zuidema ym. 2010, Vataja & Koponen 2015.)

Juuri käytösoireet ovat tavallisin syy siihen, että muistisairas tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa. Ne myös kuormittavat eniten muistisairaahan omaisia ja hoitajia. (Cerejeira ym. 2012.) Käytösoireet heikentävät myös muistisairaahan elämänlaatua. Esimerkiksi aggressiivinen käytösoire nostaa muistisairaahan tapaturmariskin kymmenkertaiseksi käytösoiretta edeltäneeseen ajanjaksoon nähden (Kunik ym. 2010).

2.3 Käytösoireiden lääkehoito

Muistisairauksiin liittyviä käytösoireita tulisi ensisijaisesti hoitaa lääkkeettömin keinoin (Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus 2017, Centers for Medicare & Medicaid Services 2017). Näillä tarkoitetaan erilaisia psykososiaalisia menetelmiä, jotka perustuvat läsnäoloon ja kohtaamiseen tai aistien stimulointiin esimerkiksi musiikki- tai aromaterapian avulla (Cerejeira ym. 2012). Tutkimusnäyttö tukee lääkkeettömien keinojen, etenkin musiikin käyttöä käytösoireiden hoidossa (Tuomikoski ym. 2018). Maailmanlaajuisesti kaikista hoivakodeissa asuvista muistisairaista arviolta 58-78 prosentille on kuitenkin määrätty jokin psyykenlääke. Psykoosilääkkeitä käyttää 20-50% muistisairaista. (ks. Zuidema ym. 2011). Etenkin psykoosilääkkeillä, mutta myös muilla psyykenlääkkeillä näytetään kuitenkin hoidettavan enemmänkin muistisairaahan käytöstä kuin psyykkistä sairautta (Ruths ym. 2001, Kim & Whall 2006, Phillips ym. 2018), mikä tarkoittaa niiden käyttöä kemiallisina rajoitteina (Kivelä & Koistinen 2010, Cioltan ym. 2017).

Psykykenlääkkeet on yleisnimitys keskushermoston kautta vaikuttaville lääkkeille, jotka vaikuttavat pääasiassa psyykkisiin oireisiin. Psykykenlääkkeitä ovat esimerkiksi masennuslääkkeet, rauhoittavat ja unilääkkeet, mielialan tasaajat sekä psykoosilääkkeet. (Partonen ym. 2017). Masennuslääkkeiden, rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön hyödyistä muistisairauksiin liittyvien käytösoireiden hoidossa ei ole olemassa kattavaa tutkimusnäyttöä (Höltta & Pitkälä 2019). Sen sijaan epätyypillisillä psykoosilääkkeillä näyttäisi olevan käytösoireita, lähinnä aggressiivisuutta ja psykoottisia oireita, lievittävä vaikutus (Ballard & Waite 2006), joskin korkeintaan kohtalainen (Kales ym. 2015). Psykoosilääkkeiden käyttöön muistisairaille liittyy useita haittavaikutuksia, kuten kaatumis- ja murtumariskin lisääntyminen ja jopa kolminkertaistunut aivohalvauksen ja kuoleman riski (Schneider ym. 2005, Kales ym. 2015, Jalava ym. 2018).

Psykoosilääkkeiden aiheuttamien haittavaikutusten vuoksi asiantuntijasuosituksissa niin Suomessa kuin muuallakin kehoitetaan yleensä välttämään niiden käyttöä iäkkäillä (Dimitrov ym. 2013). Yhdysvaltojen geriatriyhdistys suosittelee välttämään psykoosilääkkeiden käyttöä iäkkäillä muun kuin skitsofrenian tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon. Suosituksen seurauksena psykoosilääkkeiden myyntipaketteihin on lisätty lääkkeiden käytöstä muistisairaille varoittava merkintä. (Steinberg & Lyketsos 2012, The American Geriatrics Society 2019). Suomalaisessa Käypä hoito –suosituksessa (2017) on sen sijaan linjattu, että psykoosilääkkeitä voidaan käyttää vakavien käytösoireiden hoitoon lyhytaikaisesti silloin, kun muut keinot eivät auta.

Suosituksista huolimatta psykoosilääkkeitä käytetään muistisairaille melko yleisesti (Azermi ym. 2012) ja Suomessa jopa eurooppalaista keskitasoa enemmän (Hosia-Randell & Pitkälä 2005, Foebel ym. 2014, Jalava ym. 2018). Suomessa suurimman osan lääkityksistä on aloittanut yleislääkäri ja noin 40 prosentilla käyttäjistä lääkitys on suositusten vastaisesti pitkäaikainen. Lisäksi psykoosilääkkeitä näytetään käytettävän Suomessa myös kognitiivisesti terveillä, ympärivuorokautisessa hoidossa olevilla iäkkäillä, minkä syy on epäselvä. (Jalava ym. 2018.)

Hoitohenkilökunnan asenteilla on merkitystä rajoitustoimenpiteiden käyttöön ikääntyneiden hoidossa (Hantikainen 2001), ja esimerkiksi koulutusinterventioilla

voidaan merkittävästi vähentää psykoosilääkkeiden käyttöä muistisairaiden hoidossa (Fossey ym. 2006). Suurin syy läkehoidon aloittamiseen muistisairaahan käytösoireisiin on hoitavan henkilöstön kokema kuormitus. Lääkkeellisesti hoidetaan todennäköisimmin aggressiivisia, paranoidisia tai harhaisia käytösoireita, jotka ovat hoitajien kannalta eniten stressiä aiheuttavia käytösoireita. (Chiu ym. 2006.) Hoitajien taholta tuleva paine ja toisaalta puutteelliset resurssit lääkkeettömien hoitokeinojen käyttämiseksi vaikuttavat lääkärien päätökseen kirjoittaa psykykenlääkeresepti muistisairaahan käytösoireisiin (Wood-Mitchell ym. 2008). Tämän vuoksi on syytä olettaa, että hoitohenkilöstön kokemaan kuormitukseen vaikuttavilla ulkoisilla tekijöillä voi olla merkitystä siihen, kuinka valmiita he ovat aloittamaan käytösoireiden lääkkeellisen hoidon. Tässä tutkimuksessa selvitettiin kirjallisuuskatsauksen avulla, vaikuttaako henkilöstömitoitus ympärivuorokautisissa muistisairaiden hoitopaikoissa psykykenlääkkeiden käyttöön.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän tutkielman tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, vaikuttaako henkilöstömitoitus psyykenlääkkeiden käyttöön muistisairaiden ympärivuorokautisessa hoidossa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa henkilöstömitoituksen ja psyykenlääkkeiden käytön yhteydestä ympärivuorokautisessa hoidossa, jotta ympärivuorokautista hoitoa voitaisiin arvioida ja kehittää. Tutkimuskysymyksenä on:

1. Miten henkilöstömitoitus vaikuttaa psyykenlääkkeiden käyttöön muistisairaiden ympärivuorokautisessa hoidossa?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämä tutkimus on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaukset ovat tutkimustyön oleellisia työvälineitä, sillä jokaisen tutkimuksen perustaksi tulee tehdä katsaus aiempiin tutkimuksiin. Toisaalta kirjallisuuskatsausta voidaan pitää myös omana systemaattisena tutkimusmenetelmänä, jonka tulee tutkimuksen tavoin olla toistettavissa. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on muodostaa kokonaiskuva tietystä aihealueesta, mutta myös tunnistaa aiheeseen liittyviä ristiriitaisuuksia ja ongelmia. (Suhonen ym. 2016.)

Kirjallisuuskatsauksia on jopa 14 erilaista tyyppiä, sillä niitä voidaan tehdä erilaisista käyttötarkoituksista lähtien (Grant & Booth 2009). Katsaustyyppit voidaan kuitenkin tavallisesti jakaa joko kuvaileviin, systemaattisiin tai laadullisiin tai määrällisiin meta-analyyseihin (Suhonen ym. 2016).

Taulukko 1. Käytetyt tietokannat ja hakusanat.

Tietokanta	Käytetyt hakusanat
CINAHL	psychotropic* OR antipsychotic* OR antianxiet* OR antidepress* AND dementi* OR "nursing home*" AND "staffing level*" OR "nurse-patient ratio" OR "staff number*" OR staffing
Scopus	psychotropic* OR antipsychotic* OR antianxiet* OR antidepress* AND dementi* OR "nursing home*" AND "staffing level*" OR "nurse-patient ratio" OR "staff number*" OR staffing
Medic	ikäänty* dementi* vanhainko* palveluko* pitkäaikai* AND lääkehoi* psykoosilääk* neurolept* masennuslääk* rauhoittav* AND henkilöstömitoit* hoitajamitoit* mitoit*

4.1 Kirjallisuushaku

Tutkimuksen kirjallisuushaku alkoi sopivien hakusanojen ideoinnilla. Sopiviin tietokantoihin tehtiin kokeiluhakuja, joiden avulla tutkittiin, millaisia termejä aiheesta on käytetty. Sanojen ideointiin kannattaa käyttää aikaa, sillä esimerkiksi eri maanosissa voidaan käyttää erilaisia termejä. (Lehtiö & Johansson 2016.) Tässä tutkimuksessa käytetyt hakusanat ja tietokannat on lueteltu taulukossa 1. Kirjallisuushaut tehtiin maaliskuussa 2019 CINAHL-, Scopus- ja Medic-tietokantoihin.

Alustavia hakuja tehtäessä kävi selväksi, ettei muistisairautta kannata kovin tarkkaan haun yhteydessä määritellä, sillä se rajoittaisi hakua liiaksi. Niinpä hakusanoina päädyttiin käyttämään yksinomaan termejä *dementi** ja *nursing home**. *Nursing home* tarkoittaa Merriam-Websterin sanakirjan mukaan julkista tai yksityistä laitosta, jossa hoidetaan pitkäaikaisesti henkilöitä, jotka ovat kyvyttömiä huolehtimaan itsestään, eli esimerkiksi ikääntyneitä tai kroonisesti sairaita. Suomessa vastaava termi voisi olla hoiva- tai palvelukoti. Useissa tutkimuksissa käsiteltiin hoivakotien asukkaita ylipäättään, mutta potilaat oli kuitenkin jaoteltu diagnoosien, ja siis myös muistisairauksien osalta. Jotta välttyttiin sulkemasta tällaisia tutkimuksia analyysin ulkopuolelle, käytettiin haussa laajempaa termiä.

Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

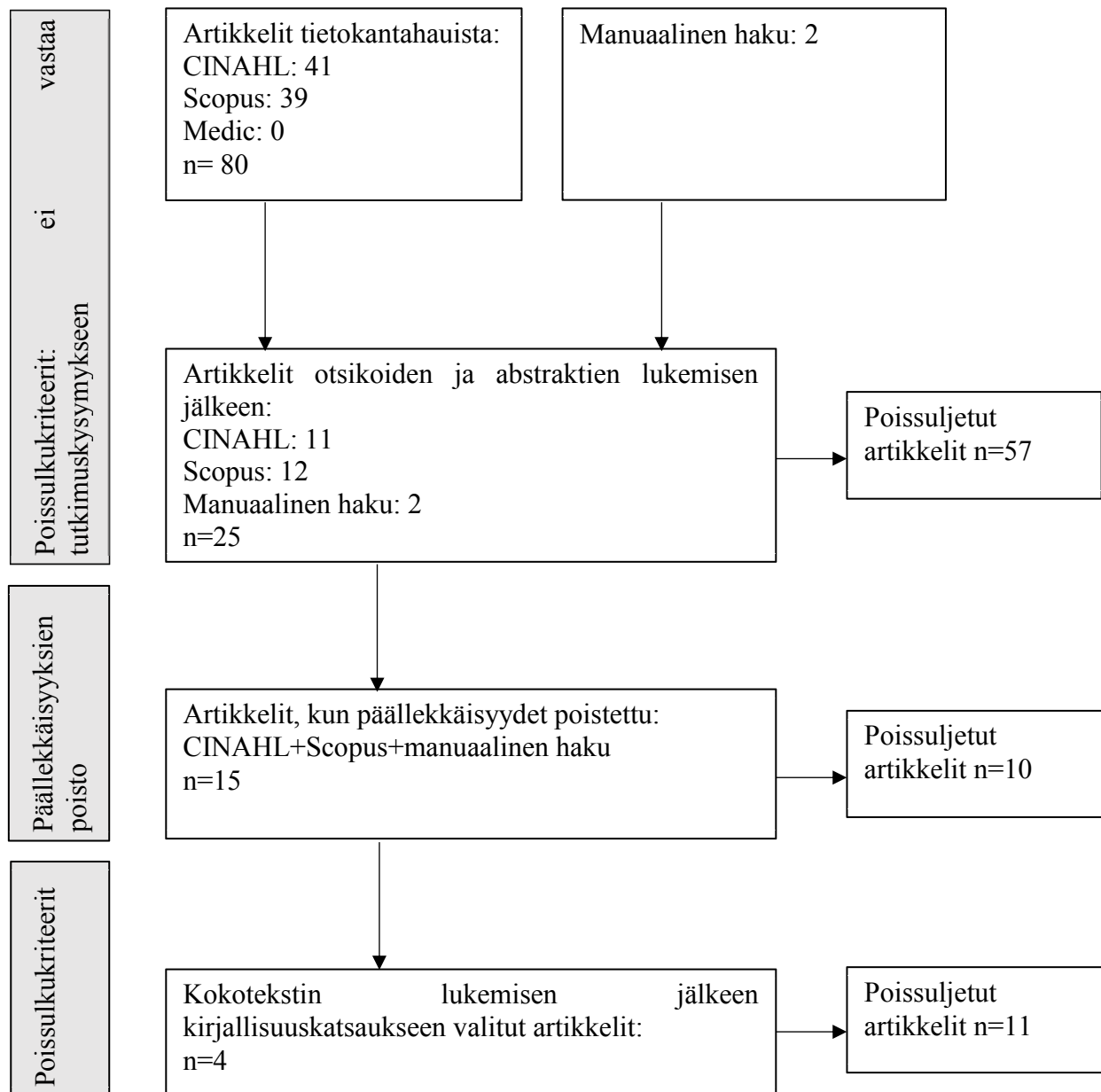
Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus koskee ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa hoidettavia muistisairaita potilaita	Tutkimus koskee sairaalaosastoilla hoidettavia muistisairaita potilaita tai muita potilasryhmiä
Tutkimuksessa käsitellään psyykeen vaikuttavia lääkkeitä	Tutkimuksessa käsitellään muita, kuin psyykeen vaikuttavia lääkkeitä, mukaan lukien ns. muistiläkkeet
Tutkimuksessa on käsitelty henkilöstömitoituksen ja psyykenlääkityksen välistä yhteyttä	Tutkimuksessa ei ole käsitelty henkilöstömitoituksen yhteyttä psyykenlääkitykseen
Tutkimus on vertaisarvioitu alkuperäistutkimus	Kyseessä ei ole vertaisarvioitu tutkimus
Julkaisun aikarajaus vuodesta 2000 nykypäivään	Julkaistu ennen vuotta 2000
Kieli on englanti tai suomi	Kieli on muu kuin suomi tai englanti

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tulee perustua ennalta asetettuihin tutkimuskysymyksiin, joiden perusteella tutkija asettaa sisäänotto- ja poissulkukriteerit sille, minkälaisia tutkimuksia katsaukseen otetaan mukaan. Tämän tarkoituksena on estää tutkimuskysymyksen kannalta suosiollisen aineiston valintaa. (CRD 2008.) Tässä tutkimuksessa käytetyt sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 2. Sisäänottokriteerinä oli, että tutkimus koskee ympärivuorokautisessa hoidossa olevia muistisairaita potilaita. Tutkimuksen tuli käsitellä henkilöstömitoituksen yhteyttä psyykenlääkkeiden käyttöön ja olla vertaisarvioitu tieteellinen alkuperäisjulkaisu. Artikkelin kielen tuli olla suomi tai englanti. Lisäksi artikkelin tuli olla julkaistu vuoden 2000 jälkeen. Aikarajaus tehtiin, koska vuosituhanen vaihteessa markkinoille on tullut uudentyyppisiä psykoosilääkkeitä, jotka ovat pääosin syrjäyttäneet vanhantyyppiset lääkkeet ja mahdollisesti jopa lisänneet psykoosilääkkeiden käyttöä muistisairailta (ks. Kim & Whall 2006).

Tiedonhaun ja aineiston valinnan prosessi on esitetty kuviossa 1. Tietokantoihin tehdyillä hauilla löytyneiden tutkimusten otsikot luettiin ensin läpi, sitten abstraktit. Poissulkukriteerien avulla ne tutkimukset, joissa ei käsitelty kirjallisuuskatsauksen aihepiiriä, jätettiin tässä vaiheessa analyysin ulkopuolelle. Hakua laajennettiin selaamalla manuaalisesti löytyneiden tutkimusartikkeleiden kirjallisuusviitteitä, mitä kautta saatiin analyysiin mukaan vielä kaksi sellaista tutkimusta, joita haku ei ollut löytänyt. Kaksoiskappaleiden poiston jälkeen kokotekstin lukuun jäi 15 tutkimusartikkelia, joista lopulliseen analyysiin valikoitui lopulta neljä. Muissa luetuissa artikkeleissa muistisairaita potilaita ei joko ollut eritelty tai sitten henkilöstömitoituksen yhteyttä juuri muistisairaiden psyykenlääkitykseen ei ollut käsitelty.

4.2 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsauksen analysointivaiheessa on tarkoitus koostaa mahdollisimman kattava ja luotettava kuvaus tutkitusta ilmiöstä. Tämä voidaan tehdä joko tilastollisen analyysin tai erilaisten laadullisten menetelmien avulla, kuten ryhmittelemällä, luokittelemalla tai käsitteellistämällä aineistoa. (CRD 2008.) Kuvaileva luokittelu sopii kirjallisuuskatsaukseen, jonka tarkoituksena on selvittää, mitä aiheesta tiedetään (Polit & Beck 2012). Tämän vuoksi tässä tutkimuksessa on käytetty kuvailevaa luokittelua.



Kuvio 1. Aineiston haku- ja valintaprosessi

Luokittelu toteutettiin siten, että analyysiin valitut artikkelit luettiin ensin useaan kertaan läpi ja niistä etsittiin sitten aiheen kannalta merkitykselliset asiakokonaisuudet, joista muodostettiin pääluokkia ja alaluokkia. Tutkimuksessa nousi esiin kaksi selkeää muistisairaiden potilaiden psyykenlääkitykseen vaikuttavaa asiakokonaisuutta: organisaatiosta johtuvat tekijät sekä potilaasta johtuvat tekijät. Nämä määriteltiin analyysin pääluokiksi. Organisaatiotekijöitä ovat kaikki hoivaympäristöön liittyvät tekijät, kuten henkilöstömitoitus, henkilöstön ammatillinen jakauma, hoivakodin

omistajuus (yksityinen tai julkinen), hoivakodin koko ja sen sijainti. Potilaasta johtuvia tekijöitä ovat puolestaan esimerkiksi muistisairauden vaikeusaste, käytösoireiden esiintyminen sekä potilaan ikä ja sukupuoli. Alaluokiksi valikoitui pääluokkien tekijöiden vaikutuksen suunta, eli se, lisäsivätkö vai vähensivätkö eri organisaatiotekijät tai potilaasta johtuvat tekijät potilaiden psyykenlääkitystä vai olivatko ne merkityksettömiä. Analyysin tuloksista koostettiin taulukoita, joissa tulokset voi nähdä tiivistetysti (ks. Kangasniemi & Pölkki 2016.)

5 TULOKSET

Varsinaiseen analyysiin jäi neljä sellaista alkuperäistutkimusta, joissa käsiteltiin suoraan henkilöstömitoituksen yhteyttä psyykenlääkkeiden käyttöön muistisairaiden ympärivuorokautisessa hoidossa. Tutkimusten otannat, mitatut muuttujat sekä päätulokset on esitelty tarkemmin liitteessä 1. Tutkimuksista kaksi oli tehty Yhdysvalloissa, yksi Alankomaissa ja yksi Norjassa, Itävallassa ja Englannissa (taulukko 3). Tutkimusten mukaan psyykenlääkkeiden käyttö on muistisairailta vanhuksilla yleistä. Phillipsin ym. (2018) tutkimuksen mukaan muistisairailta on 89% korkeampi riski saada psykoosilääkitys kuin ei-muistisairailta. Kahdessa tutkimuksessa, joissa oli tutkittu kaikkien psyykenlääkkeiden yleisyyttä, niitä oli käytössä 67,3 prosentilla (Kim & Whall 2006) ja 66 prosentilla (Zuidema ym. 2011) muistisairaista. Psykoosilääkkeiden käyttö vaihteli 15-52,6 % välillä (taulukko 3).

Taulukko 3. Tutkitut lääkeaineryhmät, niiden yleisyys ja tutkimusten kohdemaat.

Tutkimus	Tutkitut lääkeryhmät	Lääkitysten yleisyys muistisairailta	Maa
Kim & Whall 2006, Nursing Research	Psykoosilääkkeet	37,4%	Yhdysvallat
	Masennuslääkkeet	41,1%	
	Rauhoittavat ja unilääkkeet	17,8%	
	Mielialaa tasaavat lääkkeet	3,7%	
Testad ym. 2010, International Journal of Geriatric Psychiatry	Psykoosilääkkeet	19% (Norja) 52,6% (Itävalta) 48% (Englanti)	Norja, Itävalta ja Englanti
Zuidema ym. 2011, International Psychogeriatrics	Psykoosilääkkeet	37%	Alankomaat
	Masennuslääkkeet	28%	
	Rauhoittavat lääkkeet	16%	
	Unilääkkeet	15%	
Phillips ym. 2018, Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*	Psykoosilääkkeet	15%	Yhdysvallat

* Tutkimuksesta on suljettu pois ne muistisaira, joilla on diagnostinen syy käyttää psykoosilääkkeitä

Vain yhdessä tutkimuksessa (Phillips ym. 2018) oli suljettu pois ne muistisairaat, joilla on Yhdysvaltain geriatriyhdistyksen suosituksen mukainen diagnostinen syy käyttää psykoosilääkitystä (The American Geriatrics Society 2019). Tässä tutkimuksessa psykoosilääkkeiden käyttö olikin hieman matalampaa kuin muissa tutkimuksissa (taulukko 3).

Kaikissa tutkimuksissa nousi esiin sekä potilaaseen että organisaatioon liittyviä tekijöitä psyykenlääkkeiden käytön selittäjinä (liite 1). Henkilöstömitoituksen voi lukea organisaatioon liittyväksi tekijäksi, kun taas esimerkiksi potilaan ikä, sukupuoli ja käytösoireiden esiintyminen ovat potilaaseen liittyviä tekijöitä. Vaikka kirjallisuushaun painopiste olikin henkilöstömitoituksen vaikutuksessa muistisairaiden psyykenlääkitykseen, käydään tulosten yhteydessä pääpiirteittäin läpi myös muut esille tulleet tekijät. Tutkimuksessa esiin nousseita muistisairaiden psyykenlääkitykseen vaikuttavia tekijöitä on ryhmitelty taulukossa 4.

5.1 Henkilöstötekijät

Kirjallisuusanalyysi osoitti, että henkilöstömitoituksella on merkittävä vaikutus psyykenlääkkeiden käyttöön muistisairailta vanhuksilla (ks. taulukko 4). Kaikissa neljässä artikkelissa todettiin henkilöstömitoituksen korreloivan psyykenlääkkeiden käyttöön muistisairailta siten, että lääkkeitä käytettiin sitä enemmän, mitä vähemmän hoitavaa henkilöstöä oli. Kahdessa tutkimuksessa oli tarkasteltu sairaanhoitajien määrää yksikössä suhteessa potilaiden määrään. Molemmissa havaittiin, että suurempi sairaanhoitajien määrä asukkaita kohti vähentää joko psykoosilääkkeiden (Phillips ym. 2018) tai psyykenlääkkeiden käyttöä ylipäätään (Kim & Whall 2006).

Phillipsin ym. (2018) tutkimuksen mukaan suurempi sairaanhoitajien määrä vähensi psykoosilääkkeiden käyttöä sekä muistisairailta että ei-muistisairailta. Muistisairaiden potilaiden kohdalla yhden sairaanhoitajan työtunnin lisäys potilasta kohti päivässä vähentää psykoosilääkkeiden käyttöä 52%. Sen sijaan hoiva-avustajien työtuntien lisäys ei vähentänyt muistisairaiden, mutta kylläkin muiden potilasryhmien psykoosilääkityksien määrää. (Phillips ym. 2018.)

Taulukko 4. Psykykenlääkitykseen muistisairailta vaikuttavia tekijöitä. Numero viittaa kuhunkin tutkimukseen.

Tekijä	Lisää	Vähentää	Ei vaikutusta
<i>Henkilöstötekijät</i>			
Sairaanhoitajien määrä/asukkaiden määrä		1,4	
Koko henkilöstön määrä/asukkaiden määrä		2,3	
Hoiva-avustajien määrä/asukkaiden määrä			4
Henkilöstön kokema kuormitus käyttösoireiden (agitaatio ja aggressiivisuus) vuoksi	3		
<i>Muut organisaatiotekijät</i>			
Hoivakodin suurempi koko (kaikkien asukkaiden määrä)		2	1
Hoivakodin sijaitseminen asukasmäärältään pienellä paikkakunnalla	4		
Suurempi asukkaiden määrä/ryhmäkoti	3		
Omistajuus (yksityinen/julkinen)			1
Kävely-ympyrä (<i>walking circuit</i>)			3
<i>Potilaaseen liittyvät tekijät</i>			
Dementian vaikeusaste	3,4		1,2
Alentunut toimintakyky	4		1
Miessukupuoli	3,4		1,2
Nuorempi ikä	3,4		1,2
Käyttösoireiden esiintyminen	3,4		
Väkivaltaisuuden esiintyminen aiemmin			1
Ahdistus- tai masennusoireet, diagnoosi tai lääkitys	1,3,4		

¹Kim & Whall 2006 (kaikki psykykenlääkkeet), ²Testad ym. 2010 (psykoosilääkkeet), ³Zuidema ym. 2011 (jokin psykykenlääke), ⁴Phillips ym. 2018 (psykoosilääkkeet)

Muissa kahdessa tutkimuksessa oli tutkittu koko henkilöstön määrän vaikutusta muistisairaiden potilaiden psykykenlääkitykseen. Testadin ym. (2010) mukaan psykoosilääkkeiden käytön erot norjalaisten, itävaltalaisien ja englantilaisten hoivakotien välillä selittyvät parhaiten eroilla henkilöstömitoituksessa. Sen sijaan Zuideman ym. (2011) tutkimuksessa henkilöstömitoitus vaikutti merkittävästi masennuslääkkeiden käyttöön siten, että alhaisempi henkilöstömitoitus lisäsi näiden

lääkkeiden käyttöä. Tulos näyttäisi kuitenkin olevan ristiriidassa Testadin ym. (2010) tuloksien kanssa, sillä tässä tutkimuksessa masennuslääkkeiden käyttö oli suurinta norjalaisissa palvelukodeissa, joissa siis henkilöstömitoituskkin oli suurin. Testad ym. (2010) eivät kuitenkaan ole tutkineet tilastollisesti kuin psykoosilääkkeiden ja henkilöstömitoituksen yhteyttä, eikä tutkimuksessa oteta kantaa masennuslääkkeiden ja henkilöstömitoituksen yhteyteen.

Myös potilaiden agitoituneisuus, eli levoton ja aggressiivinen käytös näyttää olevan sitä suurempaa, mitä alhaisempi henkilöstömitoitus on (Testad ym. 2010). Vaikutusta on myös sillä, miten henkilöstö tällaisen käytöksen koee. Agitoituneiden potilaiden psykoosi- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö lisääntyi 66% ja 62%, jos hoitajat kokivat kuormittuvansa näistä käytösoireista verrattuna siihen, jos hoitajat eivät kokeneet kuormitusta. (Zuidema ym. 2011.)

5.2 Muut organisaatiotekijät

Keskeisimmät tutkimuksissa ilmi tulleet muut organisaatiotekijät on ryhmitelty taulukossa 4. Hoivakodin koko ei vaikuttanut koko psyyykenlääkityksen määrään (Kim & Whall 2006), mutta psykoosilääkkeiden käyttö oli Testadin ym. (2010) tutkimuksessa suurempaa pienissä hoivakodeissa. Sen sijaan ryhmäkodin koko (potilaita/olohuone) korreloi positiivisesti unilääkkeiden käytön kanssa Zuideman ym. (2011) mukaan. Sillä, oliko hoivakoti yksityisessä vai julkisessa omistuksessa, ei ollut vaikutusta psyyykenlääkkeiden käyttöön (Kim & Whall 2006). Paikkakunta vaikutti psykoosilääkkeiden käyttöön siten, että se oli suurempaa pienillä paikkakunnilla sijaitsevilla hoivakodeissa (Phillips ym. 2018).

Zuidema ym. (2011) olivat tutkineet myös kävely-ympyrän (engl. *walking circuit*) vaikutusta psyyykenlääkkeiden käyttöön. Tällä tarkoitetaan muistisairaahan mahdollisuutta toteuttaa vaeltelutaipumustaan törmäämättä suljettuihin oviin. Tutkimuksen mukaan kävely-ympyrällä ei kuitenkaan ollut vaikutusta psyyykenlääkkeiden käyttöön. (Zuidema ym. 2011.)

5.3 Potilaista johtuvat tekijät

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten tulokset olivat eriäviä ja osin ristiriitaisia potilaista johtuvien tekijöiden suhteen (taulukko 4). Vaikeampi dementia ja miessukupuoli lisäsivät psyykenlääkkeiden käyttöä kahdessa tutkimuksessa (Zuidema ym. 2011, Phillips ym. 2018), mutta kahdessa tutkimuksessa näillä tekijöillä ei ollut vaikutusta lääkitykseen (Kim & Whall 2006, Testad ym. 2010). Alentunut toimintakyky lisäsi psykoosilääkkeiden käyttöä Phillipsin ym. (2018) tutkimuksessa, mutta ei vaikuttanut psyykenlääkkeiden käyttöön Kim & Whallin (2006) tutkimuksessa.

Potilaiden iän vaikutusta oli analysoitu tutkimuksissa hieman eri tavoin. Alle 85 vuoden ikä ei korreloinut psyykenlääkkeiden käytön kanssa Kim & Whallin (2006) tutkimuksessa, mutta Phillipsin ym. (2018) tutkimuksessa psykoosilääkkeiden käyttö oli suurempaa alle 80-vuotiailla. Muissa kahdessa tutkimuksessa tutkittavien ikää ei ollut näin jaoteltu, ja sillä joko oli (Zuidema ym. 2011) tai ei ollut (Testad ym. 2010) merkitystä potilaiden lääkitykseen. Käytösoireiden esiintyminen lisäsi lääkityksiä kahdessa tutkimuksessa (Zuidema ym. 2010, Phillips ym. 2018), mutta aikaisempi väkivaltainen käytös ei kuitenkaan selittänyt nykyisiä lääkityksiä (Kim & Whall 2006). Potilaiden ahdistus- ja masennusoireet lisäsivät kaikissa tutkimuksissa psyykenlääkitysten määrää. Masennusoireet lisäsivät yleisesti psyykenlääkkeiden (Kim & Whall 2006) tai erityisesti masennuslääkkeiden (Zuidema ym. 2011) käyttöä. Aiempi ahdistuneisuus- tai masennusdiagnoosi, näiden oireet ilman diagnoosia tai olemassa oleva lääkitys ilman diagnoosia tai diagnoosin kanssa lisäsivät puolestaan psykoosilääkitysten määrää Phillipsin ym. (2018) tutkimuksessa.

6 POHDINTA

Tässä kirjallisuuskatsauksessa tuotettiin tietoa psyykenlääkkeiden käytön yhteydestä henkilöstömitoitukseen muistisairaiden ympärivuorokautisessa hoidossa. Katsaus tuotti tietoa myös muista organisaatiotekijöistä ja potilaaseen liittyvistä tekijöistä, jotka ovat yhteydessä psyykenlääkkeiden käyttöön muistisairaiden ympärivuorokautisessa hoidossa. Mielenterveyden häiriöiden ja sairauksien diagnosointi on muistisairailla haastavaa, sillä useat näiden sairauksien oireet, kuten harha-aistimukset ja apatia, ovat dementikoilla yleisiä itse muistisairauden vuoksi. Tämän vuoksi oireiden hoito psyykenlääkkeillä voi olla paitsi epäonnistunutta, myös haitallista muistisairaalle itselleen. (Phillips ym. 2018.) Muistisairaahan potilaan todellisen lääketieteellisen tarpeen sijaan psyykenlääkkeillä hoidetaan hyvin usein enemmänkin hänen ympäristöään, kuten hoitajien kokemaa väsymystä muistisairaahan käytösoireisiin (Chiu ym. 2006). Psyykenlääkkeitä käytetään tällöin kemiallisina rajoitteina hillitsemään muistisairaahan käytöstä tai liikkumista niin, että hänestä tulisi helpompi hoidettava (Kivelä & Koistinen 2010).

Kemiallisten rajoitteiden käytöstä tekee entistä huolestuttavampaa se, jos niillä ”hoidetaan” tosiasiaassa organisaatiosta johtuvia ongelmia, kuten liian alhaista henkilöstömitoitusta. Pitkäaikaista ympärivuorokautista hoivaa eri potilasryhmille tuottavia hoivakoteja koskevien tutkimusten mukaan psykoosilääkkeitä saatetaan käyttää kustannuksia säästävänä vaihtoehtona lisähenkilöstön palkkaamiselle (Cioltan ym. 2017), etenkin voittoa tavoittelevissa hoivayrityksissä (Lee ym. 2014). Vain yhdessä tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimuksessa oli tutkittu hoivakodin omistajuuden merkitystä muistisairaiden psyykenlääkkeiden käytölle, eikä tilastollista eroa havaittu (Kim & Whall 2006).

Kirjallisuuskatsauksen perusteella henkilöstömitoitus vaikuttaa merkittävästi psyykenlääkkeiden käyttöön muistisairaiden ympärivuorokautisessa hoidossa. Lääkkeettömien keinojen käyttö muistisairauksiin liittyvien käytösoireiden hoidossa vaatii sekä riittävää henkilökunnan määrää, että osaavaa henkilöstöä (Hollingsworth ym. 2017, Caspar ym. 2018). Pelkkä hoitohenkilökunnan määrä ei kuitenkaan ratkaise

hoidon laadun ongelmia, kuten psykoosilääkkeiden väärinkäyttöä, sillä ainakin Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten mukaan nimenomaan alhainen sairaanhoitajien määrä hoivakodeissa lisää psykoosilääkkeiden käyttöä (Hughes ym. 2000, Svarstad ym. 2001, Miller ym. 2006, Lucas ym. 2014). Sen sijaan lähihoitajien määrällä näyttäisi olevan päinvastainen vaikutus siten, että suurempi lähihoitajien määrä lisää psykoosilääkkeiden käyttöä (Lucas ym. 2014), mikä voi osittain johtua näiden ammattiryhmien koulutuseroista ainakin Yhdysvalloissa (Cioltan ym. 2017). Kokonaan kouluttamattomien henkilöiden käyttö hoitohenkilöstössä lisää muistisairailta potilailta käytösoireita ylipäättään, sillä tällaisella henkilöstöllä ei ole valmiuksia kohdata käytösoireita (Kolanowski ym. 1994).

Varsinkin Yhdysvalloissa psyykenlääkkeiden käyttöön hoivakodeissa on alettu kiinnittää huomiota ja sitä käytetään fyysisten rajoittamistoimenpiteiden tavoin yhtenä hoidon laadun indikaattorina (Lucas ym. 2014, Mattingly 2015, Cioltan ym. 2017), josta ympärivuorokautisen hoivan tuottajat joutuvat julkisesti raportoimaan niin, että kuluttajat voivat käyttää tietoja valitessaan palveluntuottajaa (Centers for Medicare & Medicaid Services 2017). Toisaalta tässä kirjallisuuskatsauksessa kävi ilmi, että markkinaehtoinen psyykenlääkkeiden käytön määräytyminen voi johtaa siihen, että niitä käytetään enemmän pienillä paikkakunnilla, joilla hoivakotien välinen kilpailu on vähäisempää (Phillips ym. 2018).

Suomessa tehdyt tutkimukset ovat keskittyneet pääosin psyykenlääkkeiden käytön yleisyyteen iäkkäillä (Kuronen & Taipale 2017, Jalava ym. 2018). Sen sijaan niiden yhteyttä henkilöstö- tai organisaatiotekijöihin on tutkittu suhteellisen vähän (Pekkarinen ym. 2006, Pekkarinen ym. 2008). Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykseen vastaavia suomalaistutkimuksia ei löytynyt yhtään. Niissä suomalaistutkimuksissa, joissa on käsitelty rajoitteiden käytön yhteyttä organisaatiotekijöihin, on havaittu, että huonot työolosuhteet ja johtamisen ongelmat lisäävät psyykenlääkkeiden käyttöä ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoidossa (Pekkarinen ym. 2006, Pekkarinen ym. 2008). Pekkarisen ym. (2006) tutkimuksessa hoitajien työn kuormittavuudella sekä mahdollisuudella vaikuttaa omaan työhönsä oli suuri merkitys sekä fyysisten että kemiallisten rajoitteiden käyttöön. Kuormittavissa työolosuhteissa (liiallinen työ määrä ja – tahti sekä riittämätön aika) suojaavana tekijänä voi toimia mahdollisuus vaikuttaa omiin työoloihinsa (käyttää ammatillista osaamistaan sekä tehdä työtä koskevia

päätöksiä), sillä tällaisissa yksiköissä sekä psykoosilääkkeiden että fyysisten rajoitteiden käyttö oli vähäisintä. Fyysisten rajoitteiden käyttö puolestaan kasvoi, jos kuormittava työ yhdistyi vähäisiin vaikutusmahdollisuuksiin (Pekkarinen ym. 2006.) Sekä työn kuormittavuus, että epäreiluksi koettu johtaminen lisäsivät rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöä toisessa suomalaistutkimuksessa (Pekkarinen 2008).

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää henkilöstömitoituksen yhteyttä psyykenlääkkeiden käyttöön muistisairaiden pitkäaikaisessa, ympärivuorokautisessa hoidossa. Psyykenlääkkeiden ja henkilöstömitoituksen yhteyttä pitkäaikaishoidossa ylipäättään on tutkittu suhteellisen paljon (Mattingly 2015), mutta erityisesti muistisairaisiin potilaisiin keskittyviä tutkimuksia vaikuttaa olevan vähemmän. Koska Suomessa noin 80 prosentilla pitkäaikaishoidossa olevilla on diagnosoitu muistisairaus tai sen oireita (STM 2012), kun osuus esimerkiksi Yhdysvalloissa on noin 50 % (Harris-Kojetin ym. 2016), ei yhdysvaltalaisissa palvelukodeissa tehtyjä tutkimuksia voi suoraan verrata Suomen oloihin, mutta tulokset antavat viitteitä siitä, että aihetta olisi tärkeä tutkia myös Suomessa.

Kirjallisuushaku tuotti vain neljä sellaista tutkimusta, joissa oli käsitelty aihetta selkeästi juuri muistisairaille. Hakusanojen miettimiseen ja alustaviin hakuihin käytettiin paljon aikaa, mutta tulos jäi silti melko vaatimattomaksi, varsinkin kun ottaa huomioon, että kaksi näistä neljästä artikkelista löytyi manuaalisesti kirjallisuusviitteitä selaamalla. Mahdollisesti sellaisten tutkimusten suurehko määrä, joissa on kyllä käsitelty myös muistisairaita, mutta ei henkilöstömitoituksen ja psyykenlääkkeiden käytön välistä yhteyttä muistisairaille erityisesti, vaikeutti haun onnistumista.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta heikentää se, että tutkijoita oli vain yksi. Useampi tutkija olisi lisännyt katsauksen luotettavuutta ja laajentanut tutkimuksen näkökulmaa. Tutkielman luotettavuutta vähentää myös se, että tutkija joutui kääntämään artikkelit omalle äidinkielelleen, jolloin jotain oleellista tietoa on voinut jäädä huomaamatta tai ymmärtämättä. Kirjallisuuskatsauksen kahdessa tutkimusartikkelissa oli käytetty monimuuttujaista logistista regressiomallia (Zuidema ym. 2011, Phillips ym. 2018), joita ei ollut tekstissä avattu kovinkaan paljon. Tulosten tulkitseminen taulukoista tuotti

tutkielman tekijälle hieman vaikeuksia, mikä voi edelleen heikentää tutkielman luotettavuutta. Tutkielman luotettavuutta lisää puolestaan se, että aineiston valinta tapahtui ennalta määrättyjen kriteereiden perusteella, eikä mahdollisuutta aineiston suosiolliseen valintaan ollut. Tutkijan työkokemus muistisairaiden parissa työskentelystä ja käytösoireiden sekä niiden lääkkeettömän ja lääkkeellisen hoidon tuntemuksesta lisää myös tutkimuksen luotettavuutta.

6.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaihe

Kirjallisuuskatsauksen mukaan organisaatiotekijöillä ja erityisesti henkilöstömitoituksella sekä henkilöstön koulutustaustalla on merkittävä vaikutus psyykenlääkkeiden käyttöön muistisairaiden ympärivuorokautisessa hoidossa. Suomessa psyykenlääkkeitä ja erityisesti psykoosilääkkeitä käytetään iäkkäiden laitoshoidossa enemmän kuin Ruotsissa tai Tanskassa (ks. Kivelä & Koistinen 2010). Toisaalta tiedetään myös, että ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon henkilöstömitoitus on Suomessa selvästi muita Pohjoismaita alhaisempi (Kröger ym. 2018). Tämä herättää aiheellisen kysymyksen siitä, onko näillä tekijöillä yhteys toisiinsa?

Vanhusten pitkäaikaishoito on viime vuosikymmeninä siirtynyt yhä enemmän yksityisten toimijoiden vastuulle Suomessa (Arajärvi ym. 2018). Kuluvan vuoden aikana vanhustenhoidossa on ilmennyt etenkin yksityisellä, mutta myös julkisella puolella toistuvia laadun ongelmia, usein riittämättömästä henkilöstömäärästä johtuen (Aluehallintovirasto 2019b). Onkin ilmeistä, että muistisairaiden ympärivuorokautisen hoidon laatuun vaikuttavia organisaatiotekijöitä tulisi tutkia Suomessa lisää. Tärkeää olisi tutkia esimerkiksi juuri henkilöstömitoituksen ja henkilöstön koulutustaustan vaikutusta kemiallisten ja fyysisten rajoitteiden käyttöön sekä yksityisellä että julkisella puolella. Avointa tutkimusta tarvitaan, jotta kuluttajat voisivat aidosti valita itselleen tai omaiselleen ympärivuorokautisen hoivan tuottajan hoidon laadun perusteella.

LÄHTEET

- Aluehallintovirasto (2019a). Esperi Hoivakoti Ulrikan toiminta on keskeytetty. www – dokumentti. <https://www.avi.fi/web/avi/-/esperi-hoivakoti-ulrikan-toiminta-on-keskeytetty-lansi-ja-sisa-suomi->. Päivitetty 2019/1/25. Luettu 2019/3/17.
- Aluehallintovirasto (2019b). Valviran ja aluehallintovirastojen tarkastuskäynnit vanhusten hoivakodeissa – samanklaiset ongelmat toistuivat monin paikoin. www – dokumentti. <https://www.avi.fi/web/avi/-/valviran-ja-aluehallintovirastojen-tarkastuskaynnit-vanhusten-hoivakodeissa-samanklaiset-ongelmat-toistuivat-monin-paikoin>. Päivitetty 2019/3/18. Luettu 2019/3/25.
- Alzheimer's Disease International (2018). World Alzheimer Report 2018, The state of the art of dementia research: New frontiers.
- Arajärvi M, Väyrynen R & Kuronen R (2018). Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2017. Tilastoraportti 41/2018. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.
- Azermai M, Petrovic M, Elseviers MM, Bourgeois J, Van Bortel LM & Vander Stichele RH (2012). Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. *Ageing Research Reviews* 11(1): 78-86.
- Ballard C & Waite J (2006). The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (1):CD003476.
- Caspar S, Davis ED, Douziech A & Scott DR (2018). Nonpharmacological management of behavioral and psychological symptoms of dementia: what works, in what circumstances, and why? *Innovation in Aging* 2(1): igy001.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2017). State operations manual. Appendix PP. Guidance to surveyors for long term care facilities. Revised 11/22/17. <https://www.cms.gov/medicare/provider-enrollment-and-certification/guidanceforlawsandregulations/nursing-homes.html>. www - dokumentti. Päivitetty 2017/11/22. Luettu 2019/3/13.
- Cerejeira J, Lagarto L & Mukaetova-Ladinska E (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology* 3: 73.
- Chiu MJ, Chen TF, Yip PK, Hua MS & Tang LY (2006). Behavioral and psychological symptoms in different types of dementia. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan Yi Zhi* 105(7): 556-562.
- Cioltan H, Alshehri S, Howe C, Lee J, Fain M, Eng H, Schachter K & Mohler J (2017). Variation in use of antipsychotic medications in nursing homes in the United States: A systematic review. *BMC Geriatrics* 17(1): 1.

- CRD (2008). Systematic reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. University of York.
- Dimitrov M, Leikola S, Kivelä S, Airaksinen M, Mykkänen S & Puustinen J (2013). Iäkkäiden hoidossa vältettävät lääkkeet: katsaus suosituksiin. *Duodecim* 129(11): 1159-66.
- Foebel AD, Liperoti R, Onder G, Finne-Soveri H, Henrard JC, Lukas A, Denkinger MD, Gambassi G, Bernabei R & SHELTER Study Investigators (2014). Use of antipsychotic drugs among residents with dementia in European long-term care facilities: results from the SHELTER study. *Journal of the American Medical Directors Association* 15(12): 911-917.
- Fossey J, Ballard C, Juszcak E, James I, Alder N, Jacoby R & Howard R (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *Bmj* 332(7544): 756-761.
- Grant MJ & Booth A (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal* 26(2): 91-108.
- Hantikainen V (2001). Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study. *Journal of Clinical Nursing* 10(2): 246-256.
- Harris-Kojetin L, Sengupta M, Park-Lee E, Valverde R, Caffrey C, Rome V & Lendon J (2016). Long-term care providers and services users in the United States: data from the national study of long-term care providers, 2013-2014. *Vital & Health Statistics. Series 3, Analytical and Epidemiological Studies* 38: 1-105.
- Hollingsworth E, Simmons SF, Habermann R, Powers J, Newhouse P, Bonnett KR, Schlundt DG & Kim J (2017). Reducing antipsychotic medication use in nursing homes: a qualitative study of nursing staff perceptions. *The Gerontologist* 58(4): e250.
- Höltta E & Pitkälä K (2019). Muistisairauden neuropsykiatristen oireiden hoito. *Lääkärilehti* 74(5): 242-247.
- Hosia-Randell H & Pitkälä K (2005). Use of psychotropic drugs in elderly nursing home residents with and without dementia in Helsinki, Finland. *Drugs & Aging* 22(9): 793-800.
- Hughes CM, Lapane KL & Mor V (2000). Influence of facility characteristics on use of antipsychotic medications in nursing homes. *Medical Care* 38(12): 1164-1173.
- Jalava SE, Pohjanoksa-Mäntylä M, Puustinen J, Airaksinen M & Dimitrov MS (2018). Psykoosilääkkeiden käyttö iäkkäillä: järjestelmällinen katsaus. *Lääkärilehti* 73(33): 1743-1748.

- Kales HC, Gitlin LN & Lyketsos CG (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 350: h369.
- Kangasniemi M & Pölkki T (2016). Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa: Stolt M, Axelin A & Suhonen R (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turun yliopisto. 80-93.
- Kim H & Whall AL (2006). Factors associated with psychotropic drug usage among nursing home residents with dementia. *Nursing Research* 55(4): 252-258.
- Kivelä S & Koistinen L (2010). Kemialliset rajoitteet iäkkäiden hoidossa. *Lääkärilehti* 65(7): 593-598.
- Kolanowski A, Hurwitz S, Taylor LA, Evans L & Strumpf N (1994). Contextual factors associated with disturbing behaviors in institutionalized elders. *Nursing Research* 43(2): 73-79.
- Kröger T, Van Aerschot L & Puthenparambil JM (2018). Hoivatyö muutoksessa: suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. YFI Julkaisuja – YFI Publications 6. Jyväskylän Yliopisto.
- Kunik ME, Snow AL, Davila JA, McNeese T, Steele AB, Balasubramanyam V, Doody R, Schulz PE, Kalavar JS, Walder A & Morgan RO (2010). Consequences of aggressive behavior in patients with dementia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 22(1): 40-47.
- Kuronen M & Taipale H (2017). Psykykenlääkkeet Alzheimerin taudin hoidossa. *Duodecim* 133(5): 429-31.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980. www –dokumentti. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L4P20>. Ei päivitystietoa. Luettu 2019/2/26.
- Lee HY, Blegen MA & Harrington C (2014). The effects of RN staffing hours on nursing home quality: A two-stage model. *International Journal of Nursing Studies* 51(3): 409-417.
- Lehtiö L & Johansson E (2016). Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa: Stolt M, Axelin A & Suhonen R (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turun yliopisto. 35-55.
- Lucas JA, Chakravarty S, Bowblis JR, Gerhard T, Kalay E, Paek EK & Crystal S (2014). Antipsychotic medication use in nursing homes: a proposed measure of quality. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 29(10): 1049-1061.
- Mattingly TJ (2015). A review exploring the relationship between nursing home staffing and antipsychotic medication use. *Neurology and Therapy* 4(2): 169-175.

- Miller SC, Papandonatos G, Fennell M & Mor V (2006). Facility and county effects on racial differences in nursing home quality indicators. *Social Science & Medicine* (1982) 63(12): 3046-3059.
- Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus (2017). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Partonen T, Lönnqvist J & Syvälahti E (2017). Lääkkeiden jaottelu. Teoksessa: Lönnqvist J, Marttunen M, Henriksson M & Partonen T (toim.) *Psykiatria*. Kustannus Oy Duodecim.
- Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, Finne-Soveri H & Noro A (2006). Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Medical Care* 44(12): 1114-1120.
- Pekkarinen L, Sinervo T, Elovainio M, Noro A & Finne-Soveri H (2008). Drug use and pressure ulcers in long-term care units: Do nurse time pressure and unfair management increase the prevalence? *Journal of Clinical Nursing* 17(22): 3067-3073.
- Phillips LJ, Birtley NM, Siem C, Rantz M & Petroski GF (2018). An observational study of antipsychotic medication use among long-stay nursing home residents without qualifying diagnoses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 25(8): 463-474.
- Polit DF & Beck CT (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th Edition. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Ruths S, Straand J & Nygaard HA (2001). Psychotropic drug use in nursing homes--diagnostic indications and variations between institutions. *European Journal of Clinical Pharmacology* 57(6-7): 523-528.
- Schneider LS, Dagerman KS & Insel P (2005). Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Jama* 294(15): 1934-1943.
- Steinberg M & Lyketsos CG (2012). Atypical antipsychotic use in patients with dementia: managing safety concerns. *The American Journal of Psychiatry* 169(9): 900-906.
- STM (2017). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2017/6. Helsinki.
- STM (2012). Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Helsinki.

- Suhonen R, Axelin A & Stolt M (2016). Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa: Stolt M, Axelin A & Suhonen R (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku. 7-22.
- Svarstad BL, Mount JK & Bigelow W (2001). Variations in the treatment culture of nursing homes and responses to regulations to reduce drug use. *Psychiatric Services* 52(5): 666-672.
- Testad I, Auer S, Mittelman M, Ballard C, Fossey J, Donabauer Y & Aarsland D (2010). Nursing home structure and association with agitation and use of psychotropic drugs in nursing home residents in three countries: Norway, Austria and England. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25(7): 725-731.
- The American Geriatrics Society (2019). American geriatrics society 2019 updated AGS beers criteria(R) for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*.
- Tuomikoski A, Parisod H, Oikarainen A, Siltanen H & Holopainen A (2018). Lääkkeettömien menetelmien vaikutukset muistisairautta sairastavan haasteelliseksi koettuun käyttäytymiseen - raportti järjestelmällisten katsausten katsauksesta. *Muistiliiton julkaisusarja* 1/2018. Helsinki.
- Vataja R & Koponen H (2015). Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa: Erkinjuntti T, Remes A, Rinne J & Soininen H (toim.) Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim.
- Voutilainen P & Löppönen M (2016). Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki. [www –dokumentti.
http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01676](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01676). Päivitetty 2016/9/22. Luettu 2019/2/26.
- WHO & Alzheimer's Disease International (2012). Dementia: a public health priority. [www –dokumentti.
https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/). Ei päivitystietoa. Luettu 2019/2/26.
- Wood-Mitchell A, James IA, Waterworth A, Swann A & Ballard C (2008). Factors influencing the prescribing of medications by old age psychiatrists for behavioural and psychological symptoms of dementia: a qualitative study. *Age and Ageing* 37(5): 547-552.
- Woods LD & Buckwalter K (2018). Taking another look: thoughts on behavioral symptoms in dementia and their measurement. *Healthcare* 6(4):126.
- Zuidema SU, de Jonghe J, Verhey F & Koopmans R (2010). Environmental correlates of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25(1): 14-22.

Zuidema SU, de Jonghe J, Verhey F & Koopmans R (2011). Psychotropic drug prescription in nursing home patients with dementia: Influence of environmental correlates and staff distress on physicians' prescription behavior. *International Psychogeriatrics* 23(10): 1632-9.

Tutkimus, maa ja julkaisukieli	Otos ja tutkimusmenetelmät	Selittävät ja selitettävät muuttujat	Päätulokset	Tutkimuksen heikkoudet ja vahvuudet
<p>Kim H. & Whall A.L. (2006) Factors associated with psychotropic drug usage among nursing home residents with dementia. <i>Nursing Research</i> 55(4), 252-258.</p> <p>Yhdysvallat, englanninkielinen</p>	<p>Otos: 107 potilasta yhdeksästä satunnaisesti valitusta hoivakodista Kaakkois-Michiganista.</p>	<p>Selittävät muuttujat: <i>Potilaasta johtuvat tekijät:</i> kognition taso (MMSE-testi), toimintakyky (ADL-mittari), masennusoireiden esiintyminen (DSR-mittari) sekä demografiset tekijät (sukupuoli, ikä, aiempi aggressiivinen käytös ja hoivakodissa asuttu aika) <i>Ympäristöstä johtuvat tekijät:</i> hoivakodin koko, omistajuus (julkinen tai yksityinen) ja sairaanhoitajien mitoitus (sairaanhoitajien työtuntimäärä/potilas/vrk)</p> <p>Selitettävä muuttuja: Mikä tahansa psyykenlääke (psykoosilääke, masennuslääke, rauhoittava tai unilääke tai mielialan tasaaja)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaasta johtuvista tekijöistä vain masennusoireiden esiintyminen selitti psyykenlääkkeiden käyttöä. - Ympäristöstä johtuvista tekijöistä vain sairaanhoitajien mitoitus selitti psyykenlääkkeiden käyttöä, siten että vähäisempi mitoitus lisäsi käyttöä. 	<p>Heikkoudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tutkimuksesta ei ollut suljettu pois niitä muistisairaita, joilla on diagnostinen syy käyttää psykoosilääkkeitä. - Koko henkilöstömitoituksen yhteyttä psyykenlääkkeiden käyttöön ei ollut tutkittu. - Eri lääkeaineryhmiä ei oltu eroteltu. <p>Vahvuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoivakodit oli valittu satunnaisesti. - Kaikki psyykenlääkkeet oli otettu tutkimuksessa huomioon.
<p>Testad I., Auer S., Mittelman M., Ballard C., Fossey J., Donabauer Y. & Aarsland D. (2010) Nursing home structure and association with agitation and use of psychotropic drugs in nurs-</p>	<p>Otos: Itävalta 38 potilasta (yksi hoivakoti), Englanti 302 potilasta (12 hoivakotia), Norja 163 potilasta (4 hoivakotia)</p>	<p>Selittävät muuttujat: <i>Potilaasta johtuvat tekijät:</i> kognition taso (GDS-, FAST- tai CDR-mittari), ikä, sukupuoli <i>Ympäristöstä johtuvat tekijät:</i> henkilöstömitoitus (hoivakodissa töissä olevien hoitajien määrä jaettuna</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Henkilöstömitoitus erosi maittain merkitsevästi ollen Norjassa 0.8, Itävallassa 0.37 ja Englannissa 0.34. Sairaanhoitajien määrällä ei ollut eroa maiden välillä. - Potilaiden agitoituneisuus erosi merkitsevästi maittain, ollen 	<p>Heikkoudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tilastollisten testien alhainen tehokkuus. - Itävallasta mukana vain yksi hoivakoti. - Pelkästään psykoosilääkkeiden yhteyttä henkilöstömitoitukseen

<p>ing home residents in three countries: Norway, Austria and England. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> 25(7), 725-731.</p> <p>Norja, Itävalta, Englanti englanninkielinen</p>		<p>asukkaiden määrällä)</p> <p>Selitettävä muuttuja: Potilaiden agitaatio (CMAI-mittari) sekä psykoosilääkitys.</p>	<p>alhaisin Norjassa ja korkein Itävallassa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potilaasta johtuvat tekijät eivät selittäneet eroa psykoosilääkkeiden käytössä. - Henkilöstömitoitus selitti parhaiten eroja agitoituneisuudessa ja psykoosilääkkeiden käytössä. 	<p>oli testattu tilastollisesti, vaikka eroja oli myös muissa lääkityksissä (esim. masennuslääkkeiden käyttö oli suurinta Norjassa).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muita ympäristötekijöitä, kuin henkilöstömitoitusta ei ollut tutkittu. - Tutkimuksesta ei ollut suljettu pois niitä muistisairaita, joilla on diagnostinen syy käyttää psykoosilääkkeitä. <p>Vahvuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eri maiden välinen vertailu muistisairaiden hoidossa tärkeä tutkimuskohde.
<p>Zuidema S.U., de Jonghe, J. F. M., Verhey F.R.J. & Koopmans, R. T. C. M. (2011) Psychotropic drug prescription in nursing home patients with dementia: Influence of environmental correlates and staff distress on physicians' prescription behavior. <i>International Psychogeriatrics</i> 23(10), 1632-9.</p> <p>Alankomaat, englanninkielinen</p>	<p>Otos: 1289 potilasta 59:stä dementiayksiköstä, jotka sijaitsivat 26:ssa eri hoivakodissa</p>	<p>Selittävät muuttujat: <i>Potilaasta johtuvat tekijät:</i> kognition taso (GDS-mittari), ikä, sukupuoli, käytösoireiden esiintyminen <i>Ympäristöstä johtuvat tekijät:</i> kävely-ympyrä, potilaiden määrä/olohuone, henkilöstömitoitus (hoitajien määrä/asukkaiden määrä), henkilöstön kokemus kuormitus käytösoireiden vuoksi (NPI-NH-mittari)</p> <p>Selitettävä muuttuja: Psykenlääkitys, erilliset testit masennuslääkkeille, rauhoittaville,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sekä potilaasta että ympäristöstä johtuvat tekijät selittivät itsenäisesti psykenlääkkeiden käyttöä - Käytösoireista agitoituneisuus, aggressiivisuus ja psykoottiset oireet lisäsivät psykoosilääkkeiden käyttöä, apatia vähensi. Rauhoittavien lääkkeiden käyttö ei riippunut käytösoireista. Unihäiriöt lisäsivät unilääkkeiden käyttöä. Masennusoireet lisäsivät masennuslääkkeiden käyttöä, 	<p>Heikkoudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tutkimuksesta ei ollut suljettu pois niitä muistisairaita, joilla on diagnostinen syy käyttää psykoosilääkkeitä <p>Vahvuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suuri otanta - Huolella kerätty aineisto

		unilääkkeille ja psykoosilääkkeille	<p>agitaatio/aggressiivisuus vähensi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agitoituneiden potilaiden psykoosi- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö lisääntyi 66% ja 62%, jos hoitajat kokivat kuormittuvansa näistä käytösoireista verrattuna siihen, jos hoitajat eivät kokeneet kuormitusta. - Henkilöstömitoitus vaikutti masennuslääkkeiden käyttöön siten, että alhaisempi hoitajamitoitus lisäsi masennuslääkkeiden käyttöä. - Suurempi potilaiden määrä/olohuone lisäsi unilääkkeiden käyttöä 	
<p>Phillips L.J., Birtley N.M., Siem C., Rantz M. & Petroski G.F. (2018) An observational study of antipsychotic medication use among long-stay nursing home residents without qualifying diagnoses. <i>Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing</i> 25(8), 463-474.</p> <p>Yhdysvallat, englanninkielinen</p>	<p>Otos: 29 679 potilasta 458:sta eri hoivakodista, joista 15 114 muistisairasta ja 14 565 ei-muistisairasta.</p>	<p>Selittävät muuttujat: <i>Potilaasta johtuvat tekijät:</i> ikä, sukupuoli, kognition taso, käytösoireiden esiintyminen, toimintakyky (ADL-mittari), delirium, psykoosioireet, mielialaoireet, masennus ja ahdistusoireiden ja -lääkityksien sekä post-traumaattisen stressireaktion esiintyminen <i>Ympäristöstä johtuvat tekijät:</i> hoivakodin koko, omistajuus (yksityinen/julkinen), sijaintikunnan koko, asukkaiden määrä, sairaanhoitaja-, lähihoitaja- ja hoiva-avustajamitoitus (työtuntien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Useat potilaasta johtuvat tekijät selittivät psykoosilääkitystä (mm. ikä, sukupuoli, kognition taso, toimintakyky ja käytösoireiden esiintyminen). - Sairaanhoitajien määrällä oli merkittävä vaikutus psykoosilääkkeiden käyttöön sekä muistisairaille että ei-muistisairaille. - Hoiva-avustajien määrä ei vaikuttanut muistisairaiden psykoosilääkitykseen, mutta korreloi negatiivisesti ei-muistisairaiden lääkityksen 	<p>Heikkoudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muistisairaat on eroteltu pelkästään Alzheimerin taudin perusteella. - Artikkelin on paikoin vaikeaselkoinen. <p>Vahvuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tutkimuksesta on suljettu pois ne potilaat, joilla on diagnostinen syy käyttää psykoosilääkkeitä. - Suuri otanta. - Useita mitattuja muuttujia.

		määrä/asukkaiden määrä/vrk)	kanssa.	
		Selitettävä muuttuja: Psykoosilääkitys		